



GRUPPE 36
ST. STANISLAUS KOSTKA
 Pfarre Kagraner Anger
 Kagraner Anger 26
 A-1220 Wien

**PFADFINDER UND
 PFADFINDERINNEN**



Wien, 07.06.2013

GESUNDHEITSBLATT

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

_____ Nachname	_____ Vorname	_____ Blutgruppe
_____ Adresse	_____ SV Nr+ Geb. Datum	_____ Krankenkasse
<u>Miversichert bei:</u>		
_____ Nachname	_____ Vorname	_____ SV Nr+ Geb. Datum
_____ Adresse AG	_____ Arbeitgeber	_____ Krankenkasse

Schutzimpfungen:

6fach (Dipt., Wundst., Keuchh., Haemo. Infl.-b, Kinderl., Hep B)	_____ Hep A/ Hep B/ Hep AB	_____ Masern, Mumps, Röteln
FSME	_____ Rotaviren	_____ Pneumokokken

Bereits überstandene Infektionskrankheiten:

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Feuchtblattern= Windpocken
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> andere _____

Durchgeführte Operationen, Verletzungen, Knochenbrüche

Mandeln Leisten/Nabelbruch andere _____

Bestehende Erkrankungen:

Epilepsie Asthma bronchiale Diabetes Allergie auf _____

Ich habe mit meinem Kind über ihr/ sein Schwimmkönnen gesprochen und habe entschieden, sie/ er ist ein

guter Schwimmer (darf in tiefes Wasser) Schwimmer (darf in nicht zu tiefes Wasser)
 Nichtschwimmer (darf in seichtem Wasser baden) Bitte Schwimmflügel einpacken!

Besondere Bedürfnisse:

Vegetarier sportliche Schonung _____ psychische Schwierigkeiten _____
 Meine Tochter/ Mein Sohn hat folgende Medikamente mit (bitte bei Führern abgeben) und soll diese laut Rückseite erhalten.

Meine Tochter/ Mein Sohn darf bei Bedarf in privaten PKW bei FührerInnen auf kurzen Transporten mitfahren.

Ich stimme zu, dass mein Kind bei einer unerwartet, notwendigen Operation eine Narkose und/oder Bluttransfusion erhält.

Kontakt: Ich bzw. folgende Angehörige sind während der Lagerdauer jederzeit erreichbar. Die angegebenen Personen sind berechtigt allenfalls notwendige Entscheidungen oder Maßnahmen zu treffen.

Name: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind bei groben Verstößen gegen die Lagerordnung das Lager frühzeitig verlassen muss. Die oben angegebenen Personen übernehmen in diesem Fall die Verantwortung für mein Kind.

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt gewissenhaft ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Führung, bezüglich irgendwelcher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben, ausgeschlossen ist.

Die hier angeführten Daten werden vertraulich behandelt!

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten